

## **TERMO DE CONSENTIMENTO, INFORMAÇÃO E ESCLARECIMENTO DO PACIENTE**

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, declaro, para os devidos fins, que estou de acordo em me submeter ao procedimento cirúrgico denominado **BLEFAROPLASTIA**, na região \_\_\_\_\_, e todos os procedimentos que o incluem, a ser realizado em \_\_\_\_\_, pelo **Dr(a)**, \_\_\_\_\_, CRM \_\_\_\_\_, e pelos demais profissionais de sua equipe, que estão vinculados à minha assistência.

Declaro, ainda, que o procedimento cirúrgico foi devidamente explicado, quando tive a oportunidade de fazer perguntas, tendo, no mesmo momento, recebido instruções, oralmente e por escrito, a serem seguidas antes, durante e após o procedimento.

### **1. Do procedimento cirúrgico e seu objetivo:**

**1.1.** O procedimento cirúrgico tem como objetivo melhorar o aspecto das pálpebras superiores e/ou inferiores, corrigir os excessos de pele, depósitos (bolsas) de gordura, rugas, flacidez. Dessa forma, melhora o aspecto funcional e estético da região em torno dos olhos.

**1.2.** A incisão para realização do procedimento será feita nas pálpebras superiores, no sulco que se forma com a abertura dos olhos, e/ou nas pálpebras inferiores, logo abaixo dos cílios.

**1.3** O procedimento é realizado sob anestesia, cabendo a escolha do tipo ao médico anestesista, que avaliará qual será a melhor opção para o paciente.

**1.4. O procedimento não se presta a corrigir as rugas em volta dos olhos, as olheiras, além de não levantar as sobrancelhas caídas.**

### **2. Dos principais Riscos e Complicações:**

**2.1.** Estou ciente de que, como ocorre em qualquer procedimento cirúrgico, sempre existirão riscos e complicações que são inerentes à cirurgia, apesar de todos os cuidados dispensados pelo cirurgião, tais como:

• **Cirurgia secundária:** o resultado e o grau efetivo de melhora dependem da reação fisiológica de cada paciente.

**Dessa forma, pode haver a necessidade de nova cirurgia. Estou ciente de que tais procedimentos, caso necessário, implicarão custos adicionais, que deverão ser arcados por mim;**

• **Dor:** poderá ocorrer dor pós-operatória, em maior ou menor grau de intensidade, por um período de tempo indeterminado e variável de paciente para paciente;

• **Inchaço:** poderá haver inchaço nas áreas operadas, que eventualmente permanecerá por algumas semanas;

• **Pontos e suturas:** como a técnica cirúrgica pode usar fios não absorvíveis, fragmentos destes fios podem se tornar visíveis e/ou palpáveis na superfície, causando desconforto ao paciente, que os levem a ser retirados pelo cirurgião;

• **Cicatrização demorada:** a deiscência (abertura de pontos) é uma possibilidade, quando o paciente pratica atividade que requer esforço excessivo e não obedece ao repouso e as orientações médicas necessárias a esse procedimento;

• **Descoloração:** poderá haver descoloração ou pigmentação cutânea nas áreas operadas, sendo este fenômeno mais frequente em pacientes de pele morena. Estas alterações podem perdurar por um período indeterminado, muito raramente poderão ser permanentes;

• **Perda de sensibilidade:** poderá haver perda de sensibilidade e/ou mobilidade nas áreas operadas, por um período indeterminado de tempo, variável de paciente para paciente;

• **Seroma e Edema:** eventualmente, líquidos, sangue e/ou secreções podem se acumular na região operada, necessitando drenagem, aspiração ou reparo cirúrgico;

• **Necrose de tecido:** pacientes que possuem cicatrizes anteriores, indivíduos fumantes, obesos, ex-obesos, diabéticos e pessoas com problemas circulatórios têm um risco aumentado de morte da pele (necrose) e de complicações na cicatrização. No entanto, esta complicação pode ocorrer mesmo sem que haja um fator de risco identificável. O tratamento consistirá em curativos para estimular o fechamento espontâneo da lesão e, muitas vezes, poderá haver a necessidade de um retoque cirúrgico posterior;

• **Sangramento:** é possível, apesar de pouco comum, ocorrer sangramentos durante e após a cirurgia. Um acúmulo de sangue (hematoma) pode ocorrer embaixo da pele ou ao redor do globo ocular, e pode retardar a cicatrização e causar fibrose cicatricial, podendo, inclusive, caso seja necessário, uma volta à sala de cirurgia para uma drenagem.

• **Processo infeccioso:** poderá ocorrer na área operada ou em áreas distantes da cirurgia, decorrentes de uma queda da imunidade e de contaminação por germes existentes na própria pele do paciente, e que podem necessitar de tratamento com antibióticos, curativos, drenagens cirúrgicas e internação hospitalar;

• **Perda da vitalidade biológica:** poderá ocorrer perda de vitalidade biológica da região operada, ocasionadas pela redução da vascularização sanguínea, principalmente em pacientes fumantes, diabéticos, desnutridos e com problemas vasculares, podendo necessitar, para sua reparação, de tratamento clínico com curativos e novo procedimento cirúrgico, com resultados apenas paliativos, em casos extremos.

- **Olho seco:** poderão ocorrer alterações envolvendo a produção de lágrima, prejudicando a lubrificação da córnea. Esta ocorrência é rara e imprevisível. Indivíduos que, normalmente, possuem olho seco devem informar tal situação ao médico antes da cirurgia;
- **Cegueira:** é extremamente rara após a plástica de pálpebras. Entretanto, pode ser causada por sangramento interno ao redor do olho, durante ou após a cirurgia.
- **Lesão a estruturas profundas:** estruturas profundas tais como nervos, músculos e vasos sanguíneos podem ser lesadas, causando prejuízos temporários ou permanentes;
- **Assimetria:** a face humana, bem como a região dos olhos, é normalmente assimétrica, podendo, portanto, haver uma variação entre um lado e outro quanto ao resultado obtido com o procedimento. **O cirurgião empenhará todos os esforços no sentido de minimizar tais assimetrias, todavia, não há como garantir um resultado perfeitamente simétrico, por questões fisiológicas;**
- **Ectrópio:** o deslocamento da pálpebra inferior para longe do globo ocular é uma complicação rara, mas possível de acontecer. Outra cirurgia pode ser necessária para a sua correção;
- **Exposição da córnea:** alguns podem experimentar dificuldades em fechar os olhos após a cirurgia, que podem resultar no ressecamento da córnea. Caso esta rara complicação ocorra, outros tratamentos podem ser necessários;
- **Reações alérgicas:** em casos raros, podem ocorrer alergias localizadas relacionadas a esparadrapos, fios de sutura e antissépticos tópicos. Reações sistêmicas mais sérias podem ocorrer devido às drogas usadas durante a cirurgia ou no pós-operatório;
- **Anestesia:** Todo o tipo de anestesia envolve algum nível de risco. Existe a possibilidade de complicações, lesões e, até mesmo, óbito, com qualquer tipo de anestesia ou sedação;
- **Choque anafilático:** O choque anafilático é de rara ocorrência. Porém, quando ocorre, em geral, são pacientes já sensibilizados, que durante a vida tiveram contato com a substância química que promoverá a reação alérgica.

Trata-se de reação alérgica grave, que resulta em intensa queda da pressão arterial e problemas de circulação, dos pulmões e do coração. Nessa situação, o paciente corre risco de morte ou de sequelas graves e irreversíveis.

**Não há maneiras de prevenir o choque anafilático, mas é importante que o paciente informe ao anestesista, na ENTREVISTA PRÉ-ANESTÉSICA, a sua profissão e se já teve alguma reação alérgica, principalmente se ela foi grave e necessitou de atendimento médico.**

2.2. É comum, nas primeiras semanas após o procedimento, que o canto externo das pálpebras inferiores fique um pouco caído ou mais aberto, devido ao inchaço dos tecidos. Normalmente, isso regride espontaneamente sem necessidade de intervenções.

2.3. Nas primeiras semanas após a cirurgia pode haver certa dificuldade de acomodação visual e lacrimejamento discreto, devido ao fato de os músculos ao redor do globo ocular estarem inchados e com sua função diminuída. Dessa forma, a drenagem da lágrima também fica prejudicada.

2.4. Alguns pacientes podem apresentar manchas roxas na área operada, que nada mais são do que a infiltração do sangue, consequências do próprio trauma cirúrgico. Entretanto, não constitui qualquer problema futuro e não são consideradas como complicação, mas sim, uma intercorrência transitória e reversível.

2.5. É possível, nas primeiras semanas após a cirurgia, certa dificuldade de oclusão (fechamento) palpebral total, em razão de inchaço nos músculos responsáveis por tal função. Com o passar do tempo esta função voltará ao normal.

2.6. Discretas assimetrias entre um lado e outro são frequentes e tendem a normalizar, **caso não sejam preexistentes à cirurgia**, à medida que a cicatrização se processe e os tecidos desinchem.

2.7. Pequenas redundâncias de pele nas extremidades das cicatrizes persistem por períodos que podem durar alguns meses, em certos casos, principalmente em pacientes que têm uma reação cicatricial mais desenvolvida.

2.8. Fui devidamente cientificado de que tabagismo, tóxicos, drogas e álcool, apesar de serem fatores que eventualmente não impedem a realização de cirurgias, podem determinar complicações e influenciar de forma negativa no resultado final do procedimento, principalmente no que tange ao processo de cicatrização.

2.9. Estou consciente de que o fumo é extremamente prejudicial à cicatrização tecidual, pois diminui a circulação e oxigenação da pele. Podem ocorrer necroses (morte tecidual) e deiscências (abertura) dos pontos, que certamente irão prejudicar o resultado da cirurgia. Além disso, o fumo prejudica a recuperação respiratória pós-anestésica, diminuindo a expansão dos pulmões e com acúmulo de secreções, aumenta os riscos de pneumonia.

2.10. Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, que pode aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros. Compreendo que em qualquer procedimento cirúrgico **sempre existirão riscos**.

2.11. Declaro que fui cientificado pelo médico sobre os riscos externos do procedimento que será realizado, sendo aqueles riscos que independem do atuar médico e do local onde o mesmo é realizado, tais como **infecções**, que, caso ocorram, podem necessitar do uso de antibióticos e outros medicamentos por tempo prolongado.

**2.12. Em alguns raros casos podem ocorrer complicações graves, podendo causar prejuízo transitório ou permanente à saúde do paciente, tais como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares, infartos, arritmias cardíacas, derrames, isquemias cerebrais e, mais raramente, óbito (morte).**

### **3. Das Cicatrizes:**

**3.1.** Declaro que fui devidamente esclarecido de que, como resultado da cirurgia restarão cicatrizes nos locais das incisões feitas, que serão permanentes. Todos os esforços serão para diminuir e/ou encobrir as cicatrizes, quando possível ou aplicável, para torná-las menos evidentes.

**3.2.** Poderão ocorrer complicações inerentes à cicatriz, tais como hipertrofia, escurecimento, alargamento, abscesso e necrose de pele. Tais problemas de cicatrização são causados por altera es enzimáticas da pele, fatores raciais ou herança genética e independem da técnica cirúrgica empregada.

### **4. Contraindica es**

**4.1.**   imprescindível que o paciente avise ao médico se possui cicatrizes anteriores alteradas, tratamentos como radioterapia, possibilidade de gravidez, bem como toda e qualquer terapia medicamentosa que esteja em uso, já que tais situa es podem prejudicar sua recupera o.

**4.2.** A realiza o do procedimento não   indicada nos seguintes casos:

- Pacientes grávidas e lactantes;
- Pacientes com doenças cardíacas;
- Pacientes com obesidade grave;
- Pacientes com doença tromboembólica;
- Pacientes fumantes assíduos, que já tenham alguma doença associada ao tabagismo.

**4.3.** Serão analisadas individualmente, situa es como a faixa etária do paciente, transtornos psicológicos (depressão, bipolaridade), patologias prévias e uso de determinados medicamentos.

**4.4.** Para a realiza o do procedimento   necessária a avalia o de todos os exames (cardiológico, laboratorial, pareceres médicos), para a constata o do perfeito estado de saúde do paciente. Eventuais altera es deverão ser investigadas e corrigidas previamente.

### **5. Cuidados ANTES do procedimento:**

**5.1.** Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, antes do procedimento:

- Levar  culos escuros no dia da cirurgia;
- Estar acompanhado no dia da cirurgia;
- Não utilizar cremes faciais, nem maquiagem;
- Lavar com abundância os cabelos;
- Efetuar jejum completo pelo período determinado pelo médico;
- Não utilizar qualquer tipo de medicamento para emagrecer, suspender  mega 3, termogênicos e o uso de diuréticos, aspirina, remédios que cont ham AAS ( cido acetilsalicílico), vitamina E, ginkgo biloba e arnica, pelo período determinado pelo médico, pois poderão interferir no processo de coagula o e causar sangramentos;
- Não ingerir bebidas alcoólicas e não fumar, durante o período recomendado pelo médico, ficando ciente de que, ainda assim, as consequências relacionadas aos pacientes tabagistas poderão ocorrer;
- Realizar os exames prévios solicitados pelo médico;
- Informar ao médico sobre o uso de quaisquer medicamentos, contínuo ou eventual;
- Comunicar ao médico qualquer atraso menstrual ou possibilidade de estar grávida;
- Comunicar qualquer sinal de secre es, resfriado, conjuntivite, herpes ou qualquer tipo de infec o que surgir na semana anterior   cirurgia. Nestes casos, o procedimento cirúrgico deverá ser transferido até a resolu o do processo infeccioso.

### **6. Cuidados APÓS o procedimento:**

**6.1.** Recomenda-se ao paciente os seguintes cuidados, após o procedimento:

- Seguir rigorosamente a prescri o médica;
- Evitar ao máximo a exposi o solar, calor excessivo, friagem, vento e situa es que possam causar traumatismos locais, pelo período orientado pelo médico;
- Aplicar compressas, conforme orienta o do médico;
- Não esfregar os olhos;
- Utilizar travesseiros altos ao deitar nas primeiras 72 horas, consoante instru o do médico;
- Evitar esforços desnecessários e abaixar a cabeça por período determinado pelo médico;
-   imprescindível fazer a higiene e o uso de medicamentos de acordo com as instru es de seu médico;
- Utilizar o colírio, conforme recomenda o médica recebida;
- Deitar de barriga para cima e evitar encostar a região operada no travesseiro, para não comprimir o lugar da incis o, onde foram feitos os pontos, sob risco de necrose, conforme orienta o de seu médico, pelo tempo que ele determinar;
- Usar maquiagem, tintura no cabelo e cosméticos na face, fazer esforços físicos, retornar as atividades físicas,

banho de sol e ter relações sexuais somente após a liberação médica, sendo o período variável de paciente para paciente;

- Evitar coçar ou retirar crostas das cicatrizes;
- Comparecer às consultas de acompanhamento pós-operatório, previamente agendadas.

#### **7. Do Compromisso com o tratamento:**

**7.1.** Fui devidamente cientificado de que o objetivo do tratamento só poderá ser alcançado se eu comparecer às sessões previamente agendadas e às consultas de revisões marcadas, sendo de minha responsabilidade o não comparecimento às revisões e as consequências dessa omissão no tratamento, **ciente de que o meu não comparecimento a essas consultas pode ser considerado como abandono do tratamento.**

**7.2.** As consultas de revisão são, usualmente, realizadas nos prazos de acordo com cada caso, nos dias programados pelo médico, durante o pós-operatório. A critério médico podem ser programadas datas suplementares, atendendo às necessidades de cada caso.

**7.3.** Comprometo-me a seguir à risca todas as orientações prestadas pelo médico, adotando os cuidados no pré e pós-operatório, tendo sido cientificado de que qualquer omissão ou desídia quanto aos cuidados poderão trazer-me prejuízos, comprometendo o resultado do procedimento e podendo, inclusive, causar sequelas e acarretar danos à minha saúde.

**7.4. Comprometo-me a realizar os tratamentos pós-cirúrgicos, se recomendados pelo profissional médico, ciente de que deverei custeá-los, pois não estão inclusos no valor da cirurgia.**

#### **8. Da Inexistência de Promessa de Resultado:**

**8.1.** Estou ciente de que o grau efetivo de melhora não pode ser previsto ou garantido pelo profissional, pois isso depende da reação fisiológica de cada paciente, podendo, inclusive, haver a necessidade de nova cirurgia. **Sendo assim, o bom resultado, embora almejado, não pode ser garantido em sua totalidade, devido à capacidade reacional do ato cirúrgico.**

**8.2.** O profissional se compromete em empregar todos os meios disponíveis e a melhor técnica, em busca do melhor resultado possível.

**8.3. Estou ciente de que podem haver alterações subsequentes no corpo devido ao processo natural de envelhecimento, à gestação, à perda ou ao ganho de peso, à força da gravidade e a demais fatores normais do cotidiano, que podem alterar o resultado obtido com a cirurgia, e que não há como prever o tempo de duração dos resultados.**

#### **9. Da Autorização de uso da imagem**

**9.1.** Estou de acordo que sejam tiradas fotos das regiões a serem tratadas, que poderão ser publicadas em trabalhos científicos, congressos, revistas, jornais, livros e em outros meios, numa visão geral, desde que resguardado o sigilo de minha identidade.

#### **10. Das Considerações Finais:**

**10.1.** Declaro, em prontuário, informações sobre uso de drogas (orais ou por outras vias), alergias, tabagismo, álcool e outras informações que sejam importantes. **Se fumante, fui esclarecido sobre as complicações e dificuldades decorrentes deste fato, principalmente sobre a qualidade de cicatrização.**

**10.2.** Estou ciente de que a cirurgia plástica, como procedimento eletivo, é uma conduta planejada, podendo aguardar a oportunidade ideal para ser realizada, razão pela qual declaro que a escolha do momento de realização do procedimento coube exclusivamente a mim, sem interferência do cirurgião ou de terceiros.

**10.3. Declaro ter ciência de que o procedimento cirúrgico será contraindicado, caso seja constatada, pelo cirurgião, a impossibilidade técnica de se alcançar o resultado almejado ou de minha expectativa irreal.**

**10.4.** Tenho conhecimento de que qualquer omissão da minha parte poderá me trazer prejuízos, e comprometer o tratamento a que me submeto, podendo acarretar danos à minha saúde.

**10.5.** Fui esclarecido de que durante o ato cirúrgico podem surgir situações ou elementos novos, que não puderam ser previamente identificados e, por isso, outros procedimentos adicionais ou diferentes daqueles previamente programados possam ser necessários.

**10.6. Por tal razão, AUTORIZO o cirurgião, o anestesista e toda a sua equipe a realizarem os atos necessários condizentes com a nova situação que, eventualmente, venha a se concretizar, bem como o uso de hemoderivados, caso haja a necessidade de realização de transfusão sanguínea.**

**10.7.** Declaro, por fim, ter lido e compreendido todos os itens contidos no presente documento, bem como ter com eles integralmente concordado, **e expresso o meu consentimento para realização do procedimento proposto.**

Ciente e de acordo os itens acima expostos e explicados.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

**Paciente / Responsável pelo paciente**

**TESTEMUNHAS:**

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_